



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Psicología

Carrera de Psicología Clínica

Percepción de calidad de vida de adultos mayores en los centros geriátricos Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, período 2020-2021

Trabajo de titulación previo a la
obtención del título de Psicólogo
Clínico

Autores:

Wellington Fabricio Bustos Calle

CI:0302716444

Correo electrónico: wellington.bustos97@hotmail.com

Jonnathan Esteban Guzmán Almache

CI: 0105765077

Correo electrónico: jonnathanesteban@hotmail.com

Tutora:

Mgst. María Marcela Cabrera Vélez

CI: 0104168349

Cuenca - Ecuador

31 de julio de 2021



Resumen

La etapa de la adultez mayor representa una edad donde se produce una serie de cambios tanto biológicos, psicológicos y sociales que traen consigo consecuencias que afectan la percepción de calidad de vida. Este trabajo tuvo como objetivo general describir la calidad de vida según las variables sociodemográficas: edad, sexo, instrucción, estado civil, antecedentes patológicos personales y convivencia familiar de los adultos mayores de los centros Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, en el período 2020-2021. Como objetivos específicos se buscó determinar las dimensiones de calidad de vida que predominan en los adultos mayores de ambos centros: así como identificar cual fue el puntaje mayor de acuerdo con si viven o no en el centro. El enfoque del estudio fue cuantitativo, transversal, y tuvo un diseño no experimental y un alcance descriptivo. El tipo de muestreo es no probabilístico, ya que las personas sujetas a estudio tuvieron que responder a criterios de inclusión y exclusión. Los participantes fueron 90 personas que viven o asisten por ciertos periodos de tiempo en los dos centros. Como instrumentos de investigación se utilizó una ficha sociodemográfica y el WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF. El procesamiento y análisis de los datos se efectuó con el programa SPSS versión 26 en donde se hizo uso de la estadística descriptiva, y se presentó los resultados a través de tablas y figuras. Finalmente, el estudio muestra que los participantes tienen una percepción general de calidad de vida bastante alta de acuerdo con las variables analizadas.

Palabras claves: Adultos mayores. Calidad vida. Centros geriátricos.



Abstract

The stage of older adulthood represents an age in which a series of biological, psychological, and social changes take place, bringing with them consequences that affect the perception of quality of life. The general objective of this study was to describe the quality of life according to sociodemographic variables: age, sex, education, marital status, personal pathological antecedents, and family coexistence of older adults in the Santa Ana Foundation and Cuenca Center for Elderly Care in the period 2020-2021. As specific objectives, we sought to determine the dimensions of quality of life that predominate in the older adults of both centers: as well as to identify which the highest score was according to whether or not they live in the center. The study approach was quantitative, cross-sectional, and had a non-experimental design and a descriptive scope. The type of sampling was non-probabilistic since the people subject to the study had to respond to inclusion and exclusion criteria. The participants were 90 people living or attending for certain periods in the two centers. A sociodemographic form and the WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF were used as research instruments. Data processing and analysis were carried out with the SPSS version 26 program, using descriptive statistics, and the results were presented in tables and figures. Finally, the study shows that the participants have a fairly high general perception of quality of life according to the variables analyzed.

Key words: Older adults. Quality of life. Geriatric centers.



Índice

Resumen	2
Abstract	3
Fundamentación teórica	9
Proceso metodológico	17
Participantes.....	18
Procedimiento	20
Presentación y análisis de resultados.....	21
Características sociodemográficas	22
Percepción general de calidad de vida.....	23
Satisfacción general de salud.....	24
Ítems con mayor y menor puntuación.....	24
Dominios que predominan en la calidad de vida	26
Percepción de calidad de vida de acuerdo a variables sociodemográficas.....	27
Sexo	27
Instrucción.	28
Estado civil.	29
Edad.....	30
Lugar de convivencia.....	31
Conclusiones.....	33
Limitaciones y recomendaciones	33
Referencias	35
Anexos.....	41
Anexo 1. Consentimiento informado	41
Anexo 2. Operacionalización de las variables	42
Anexo 3. Ficha sociodemográfica.....	45
Anexo 4. Cuestionario WHOQOL-BREF para valoración de la calidad de vida	46
 Figura 1 Percepción general de calidad de vida	 23
Figura 2 Satisfacción general de salud	24
Figura 3 Dominios de calidad de vida. Elaboración propia.....	26
Figura 4 Percepción de calidad según si residen en un centro de apoyo o no.....	32
Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes N=90 22	
Tabla 2 Ítems con mayor y menor puntuación (Escala 1-5)	26
Tabla 3 Calidad de vida con base al Sexo	28
Tabla 4 Calidad de vida con base a la instrucción.....	29
Tabla 5 Calidad de vida con base al estado civil.....	29
Tabla 6 Calidad de vida con base a la edad	31



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Jonnathan Esteban Guzmán Almache en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Percepción de calidad de vida de adultos mayores en los centros geriátricos Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, período 2020-2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 31 de julio de 2021

Jonnathan Esteban Guzmán Almache

C.I: 0105765077



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

Wellington Fabricio Bustos Calle en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación **“Percepción de calidad de vida de adultos mayores en los centros geriátricos Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, periodo 2020-2021”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 31 de Julio de 2021

Wellington Fabricio Bustos Calles

C.I: 0302716444



Cláusula de Propiedad Intelectual

Jonnathan Esteban Guzmán Almache, autor/a del trabajo de titulación **“Percepción de calidad de vida de adultos mayores en los centros geriátricos Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, período 2020-2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 31 de julio de 2021

Jonnathan Esteban Guzmán Almache

C.I: 0105765077



Cláusula de Propiedad Intelectual

Wellington Fabricio Bustos Calle, autor/a del trabajo de titulación **“Percepción de calidad de vida de adultos mayores en los centros geriátricos Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, período 2020-2021”**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 31 de julio de 2021

Wellington Fabricio Bustos Calle

C.I: 0302716444



Fundamentación teórica

La etapa de la adultez mayor representa una edad donde se producen múltiples cambios tanto físicos (enfermedades crónico-degenerativas), psicológicos (abandono) y sociales (despojo de su patrimonio), los cuales afectan la manera en que los sujetos perciben su calidad de vida. Se debe considerar que los adultos mayores son un componente importante de la población por los aportes significativos que han brindado tanto a sus familias como a la sociedad; sin embargo, a pesar de sus grandes contribuciones, a medida que envejecen presentan una insatisfacción de su calidad de vida, un descontento con respecto a su salud física, psicológica, sus relaciones sociales y el ambiente en el que se desenvuelven siendo este nuestro problema de investigación.

La adultez mayor se entiende según el Art.36 de Constitución de la República del Ecuador (CRE, 2008), como aquellas personas que tienen 65 años o más, por lo tanto, tienen el derecho a recibir atención prioritaria y especializada tanto en instancias públicas como privadas, en especial en los ámbitos relacionados a la inclusión social, económica, y protección contra la violencia.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES, 2015), expone que en Ecuador existen 1'049.824 personas mayores de 65 años, que corresponde al 6,5 % de la población total. Es por ello que el gobierno lleva a cabo políticas públicas que garantizan los derechos de esta población, integrándola plenamente con el desarrollo social, económico, político y cultural del país, permitiéndole acceder a una vida justa, equitativa y digna, lo que genera una percepción distinta sobre el proceso de envejecimiento, para así lograr una ciudadanía activa, de inclusión y envejecimiento saludable.

Por otro lado, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2013) en la ciudad de Cuenca, en el año 2020, existe un número de 881.394 habitantes, 101.591 son adultos mayores que van desde la edad de 60 años en adelante. Cabe destacar que la población adulta mayor en el Ecuador está creciendo, por ende, se da un aumento de los índices de enfermedades; se sabe que la población de personas adultas mayores aumentaría en el año 2020 en un 7,4 % y para el año 2054 se estima que represente el 18 % de la población total (Ministerio de Inclusión Económica y Social [MIES], 2013).



En la Ley orgánica de salud del Ecuador, Art. 7, literal d, se manifiesta que todos los sujetos tienen derecho a que se respete su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad (Asamblea Nacional del Ecuador, 2012). Asimismo, en la Ley orgánica de las personas adultas mayores (2019), Art. 42, se expone el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva; donde se asegure el acceso a los distintos servicios del Sistema Nacional de Salud dándoles a los adultos mayores reconocimiento y valor.

Si bien es cierto, existen leyes que protegen a los adultos mayores, de acuerdo con la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2010), en el Ecuador muchos de ellos han sido víctimas de vulneración de sus derechos, de los cuales se recalca que el 14,9 % son víctimas de negligencia, abandono, maltrato y despojo del patrimonio. Esto se presenta en mayor cantidad en mujeres, ya que no cuentan con apoyo familiar y sufren estragos en su salud física y psicológica (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Ahora bien, los seres humanos estamos regidos a etapas del ciclo vital que van desde nuestra concepción hasta la muerte. De acuerdo con la teoría del desarrollo psicosocial Erickson (1963), se afirma que los individuos se enfrentan a una serie de crisis o conflictos en cada una de estas etapas, ya sea desde que son niños hasta cuando son adultos mayores, es así que estos conflictos afectan el día a día y de cierta manera la calidad de vida.

Según la teoría de Erikson, se plantea que la etapa de la adultez mayor va desde los 65 años en adelante donde se contemplan factores individuales y culturales. Se basa en constructos de integridad, donde se da la aceptación de sí mismo, de su historia personal, de su proceso psicosexual y psicosocial, además muestra la integración de su confianza y autonomía (Bordignon, 2005). No obstante, la pérdida de esa integración muestra en el adulto mayor sentimientos de desesperación, ausencia de sus valores, temor a la muerte y la desesperanza (Rodríguez, 2009).

Por consiguiente, el proceso de envejecimiento humano es gradual y adaptativo, este se caracteriza por una disminución relativa de la respuesta homeostática debido a las alteraciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, propiciadas por los cambios que son inherentes a la edad y al desgaste de algunas funciones lo cual puede afectar en la percepción de su calidad de vida (Instituto Nacional de Geriatria, 2017).



Prado (2010) citado por Aponte (2015), menciona que el envejecer es una característica del ser humano que está relacionada con la manera en que los individuos cumplen sus necesidades en la vida diaria, donde su bienestar se relaciona con: su economía, salud, envejecimiento individual, medicina y cumplimiento de metas.

Es un proceso de involución, donde la mayoría de los adultos mayores se enfrentan a diversas adversidades, experimentan cambios biológicos, disminuye su visión, la sensibilidad en su gusto y olfato; presentan problemas de audición, dificultades musculares, óseas, respiratorias y cardíacas; alteraciones en su sistema digestivo, endócrino y nervioso; cambios en sus procesos cognitivos, entre otros. Asimismo, presentan cambios sociales, disminución o ausencia en su actividad social y se minimiza la frecuencia de sus relaciones interpersonales. Además, cambios psicológicos en donde el adulto mayor se enfrenta a una serie de crisis, preocupaciones sobre sus molestias físicas, por necesidades propias y la muerte (Papalia, 2009; Novillo, 2013).

De acuerdo a estos cambios sociales y psicológicos, Merchán y Cifuentes (2012), en su teoría de continuidad explican que un adulto mayor se puede encontrar con situaciones sociales diferentes a las que ya había experimentado, pero la capacidad de la respuesta, la adaptación a esos procesos nuevos y el estilo de vida en esta etapa, están determinados por los hábitos y la forma de comportarse. También un punto importante es la seguridad y autoestima que ellos poseen ya que sirven de apoyo cuando se actualizan en la vejez y así determinan su calidad de vida (Aponte, 2015).

Como calidad de vida se entiende a un conjunto de características objetivas y subjetivas, muy ligadas a la satisfacción general del individuo para lograr su plenitud. Con respecto a lo subjetivo, se encuentra el bienestar físico, psicológico, social, independencia, expresión emocional, intimidad, percepción de seguridad, entre otros. En relación a lo objetivo, está la percepción de salud, bienestar material, las relaciones con el medio ambiente y relaciones interpersonales. (Tarí, 2000).

Existen dos aproximaciones básicas para comprender la calidad de vida: la primera, que la concibe como una entidad unitaria y la segunda que la considera como un constructo compuesto por una serie de características. En tal sentido, se la considera como atributos positivos del estilo de vida de una persona y como esta satisface sus necesidades al tomar en cuenta aspectos objetivos y subjetivos (Salas y Garzón, 2013).



Es así que, desde el campo de la psicología, se convierte en un concepto que se refiere al tipo de respuesta individual (actitud, rasgos de personalidad, reacciones a situaciones específicas, estado sentimental) y social ante el conjunto de situaciones de vida; se centra en la percepción de bienestar, el análisis de los procesos que le llevan a esa satisfacción y todos los elementos integrantes de la misma (Oblitas, 2004).

La calidad de vida es un término utilizado a lo largo de la historia, pero que últimamente ha empezado a tener relevancia en las ciencias vinculadas a la salud. Sin embargo, no hay una definición concreta ya que a través del tiempo ha sido relacionada con diferentes variables psicológicas lo cual ha hecho difícil encontrar un concepto único (Urzúa y Caqueo, 2012).

El concepto calidad de vida surge en los años setenta, después de la Segunda Guerra Mundial, se basa en las consecuencias de la invalidez y su relación con la satisfacción del sujeto debido a los tratamientos de rehabilitación seguidos de situaciones traumáticas; es decir el término se comienza a utilizar para evaluar los tratamientos con relación a los síntomas y al desempeño del paciente y por último valorar la efectividad de estas acciones de salud (Salazar, Pando, Arana, y Heredia, 2005).

Por otro lado, según Rodríguez y Verdugo (2018), en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, se utilizó este concepto como una manera de medir la apreciación de las personas en relación a su seguridad económica. Asimismo, Urzúa (2012) citado Rodríguez y Verdugo (2018), manifiestan que los científicos sociales realizaron investigaciones sobre calidad de vida en donde recolectaron información sobre la economía, educación y el lugar donde vive y cómo influyen estos indicadores en la misma.

Por consiguiente, según Salazar, Pando, Arana y Heredia (2005), la calidad de vida está relacionada con condiciones y estilos de vida, con aspectos como salud, educación, ambientes socioculturales, económicos y satisfacción personal. Es así como el término calidad de vida a inicios de los años ochenta comienza a detallarse como un constructo que aborda todas las áreas de la vida, es decir, contemplando múltiples dimensiones objetivas como subjetivas (Salas y Garzón, 2013).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) define a la calidad de vida como:

“la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas,



criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales”. (p. 385)

Ahora, en relación a la calidad de vida en el adulto mayor, Velandia (1994) citado por Vera (2007), expone que este es el producto de una relación entre diferentes propiedades humanas (vivienda, vestimenta, manutención, alfabetización, entre otros); las cuales permite a la persona obtener un grado de bienestar y satisfacción con base al proceso de hacerse anciano y adaptaciones con los cambios biológicos y psicosociales, que actúan de manera diferente e individual que influyen en las distintas dimensiones de calidad de vida propuestas por la Organización Mundial de la Salud: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente (OMS, 1996).

Al hablar de la dimensión de salud física se hace referencia a que el individuo se siente en buena forma física, tiene hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores como: atención sanitaria, sueño, salud y la realización de actividades diarias (Verdugo, 2013). Los cuales al desarrollarse correctamente benefician al adulto mayor en su fuerza muscular y prevención de enfermedades orgánicas (diabetes, problemas respiratorios, cardiovasculares, sistema nervioso, entre otros).

La dimensión de salud psicológica tiene relación con la mente y hace referencia a que el individuo está dotado de un conjunto de características que permite una conducta adecuada, incluye aspectos cognitivos como: percibir, pensar, comprender, comunicar, relacionarse, etc.; y aspectos afectivos como: sus emociones, sentimientos de esperanza y estima tanto para él como para el otro (Quintana, 2016); que influye de manera significativa en los demás entornos en los que se desenvuelve, lo cual ayuda a preservar las funciones cognitivas, controlar los niveles de ansiedad y mejorar los sentimientos de autoestima.

En cuanto a la dimensión de relaciones sociales, Lopategui (2016), menciona que es la habilidad del individuo de interactuar eficazmente con otros, con el objetivo de satisfacer las relaciones interpersonales. Son aquellas destrezas sociales que posee y que le permite integrarse efectivamente en el medio colectivo. De acuerdo con Rook (2015), se afirma que las personas mayores que conservan una red social tienen mejor salud física y psicológica que las que no la mantienen. También la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM, 2013), indica que el aislamiento social puede traer consigo



consecuencias negativas en la salud y aumentar el riesgo de muerte. Es decir, el tener contacto con amigos, con personas del entorno, y con la realización de actividades, mejora el bienestar y la salud.

Por último, se encuentran la dimensión de relaciones con el entorno, que son las características que se encuentran en el espacio físico del individuo y son capaces de afectar el psiquismo de este. Es decir, son aquellos procesos del mundo externo que resultan significativos en un momento dado (Cazau, 2003). Los factores como vivienda (comodidad, tamaño, satisfacción general con el espacio vital, etc.), instalaciones, vecindario (interacción con vecinos, comportamiento de vecinos, etc.), problemas de convivencia (vandalismo, crimen, inseguridad, etc.), ruido y tráfico influyen directamente en la calidad de vida, por otro lado, si existe un ambiente adecuado repercutirá de una manera positiva en la percepción de la misma. (Centro Internacional Sobre el Envejecimiento [CNIE], 2018; Auquilla y Pacurucu, 2018).

Estos dominios integran la calidad de vida de los adultos mayores y depende únicamente de las necesidades de la persona. Cabe agregar que entre mejor se satisfacen estas necesidades, mejor será el proceso de hacerse anciano; por lo tanto, si existe una calidad de vida adecuada, otros elementos a nivel psicológico tendrán más posibilidades de tener un mejor funcionamiento (Aponte, 2015).

Dentro de este marco con base a las 4 dimensiones o dominios que influyen en la percepción de calidad de vida de las personas adultas mayores, se han hecho varias investigaciones. Es así que se encuentra que en la calidad de vida influyen aspectos demográficos, económicos y de salud. De acuerdo con variables sociodemográficas, se ha demostrado que en los adultos mayores existe una mayor vulnerabilidad con respecto a lo económico y a las condiciones de salud en donde tienen limitaciones para acceder a las oportunidades de su comunidad lo que afecta así su calidad de vida, la cual está regulada por conceptos como: normas sociales, formas de percibir y pensar, que difieren de cada persona, grupo o lugar; en efecto estos consisten en la sensación de bienestar que puede ser percibida tanto en un nivel subjetivo como objetivo (Cardona, 2010).

Igualmente, en el estudio realizado por Estrada et al. (2011), en Medellín sobre la calidad de vida de adultos mayores en hogares geriátricos, manifiestan que las mujeres presentan una puntuación más baja en cuanto a la percepción de la calidad de vida por el hecho de presentar enfermedades a nivel físico y psicológico, en comparación con los hombres. Las personas a



medida envejecen presentan pérdidas físicas y mentales, hace que los sujetos reduzcan sus relaciones interpersonales y adquieran enfermedades, lo cual afecta significativamente en su calidad de vida (Lazarus, 2000).

En cuanto al nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida en adultos mayores de México, Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé y Juárez (2016) indican que las personas que no presentan dificultades en su salud física y pueden realizar actividades de la vida diaria suponen tener una mejor calidad de vida. Además, se afirma que la calidad de vida no puede observarse igual entre hombres y mujeres, principalmente por diferencias biológicas, distintos estilos de vida y desiguales responsabilidades.

Dentro de este orden de ideas, un aspecto sociodemográfico importante es la instrucción que poseen las personas y como ésta influye en la percepción de calidad de vida. Sari y Rumipulla (2016), manifiestan que el nivel de instrucción no condiciona la percepción de calidad de vida en adultos mayores. Por otro lado, el acceso a una instrucción y a una alfabetización interviene de manera eficaz en la mejora de la calidad de vida, debido al incremento de oportunidades, mejores condiciones de vida, alimentación, salud y ambiente en general (Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura [UNESCO], 2019).

De igual manera, un estudio realizado en España sobre cómo influye la salud en la calidad de vida de adultos mayores que asisten a centros geriátricos; refiere que aunque no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres se puede destacar la tendencia a valorar más positivamente el estado de salud en los varones que en las mujeres, asimismo se mostró que los sujetos de edades entre los 70 y 85 manifiestan tener problemas de salud, lo que indica que al presentar dificultades en ciertas áreas afectan la calidad de vida (Molero y Pérez, 2011).

En cuanto a cómo influye la salud en la calidad de vida en adultos mayores, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2012), manifiesta que la calidad de vida en esta etapa del ciclo vital conlleva a un incremento de enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes las cuales pueden llegar a condicionar la percepción de calidad de vida. Además, un estudio realizado en Colombia por parte de Melguizo y Vargas (2017), mostró que la mayor parte de individuos no poseen dificultades en su salud, al contrario, existen puntuaciones altas en calidad de vida, sin embargo, las personas que presentaban algún tipo de



dificultad (cardiovasculares y osteomusculares) manifestaron una disminución en su percepción de calidad de vida.

Del mismo modo, otra de las dimensiones que influyen en la calidad de vida son las relaciones sociales que tienen implicaciones importantes en la vida de los adultos mayores; los lazos sociales fuertes, ya sea de amigos, pareja o de una situación matrimonial repercuten en una mejor calidad de vida en general (Melguizo y Vargas, 2017; National Institute of Health, 2017). Además, se afirma que la familia influye positivamente en la vida de las personas mayores, otorga protección y socialización con interacciones personales directas. El contar o no con una familia es un factor relevante que permite el soporte ante situaciones de pobreza, discriminación y situaciones de dependencia por causas de enfermedad (Aponte, 2015).

Es así que Torres (2013), considera que los amigos directos con los que los adultos mayores compartieron una parte de su vida laboral y social poseen una influencia positiva en su vida. Es decir, el recibir apoyo ya sea de una pareja, familia, amigos entre otras, sirve de soporte al individuo para enfrentar o resolver problemas (González, 2015). También otorga al sujeto un sentimiento de pertenencia integrándolo a la sociedad y como consecuencia trae beneficios a nivel psicológico y físico; por lo tanto, existen percepciones positivas de calidad de vida (Silirin, 2006).

En cuanto al Ecuador, en Ambato, Borja (2016) realizó una investigación sobre la autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del adulto mayor; en donde un número alto de la población total de adultos mayores refirieron que poseen una percepción de calidad de vida entre poca y normal, mientras que un número menor manifestaron una percepción de calidad de vida muy buena.

En la ciudad de Cuenca, Auquilla y Pacurucu (2018), encuentran que la percepción general de calidad de vida en personas adultas mayores que asisten a un centro geriátrico, tuvo puntuaciones que van desde percepciones normales de calidad de vida hacia muy buenas, lo que indica una tendencia hacia una alta percepción de calidad de vida. Además, mostraron que el ítem con mayor puntuación fue ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? Perteneciente al dominio de relaciones ambientales (vivienda, instalaciones, vecindario, problemas de convivencia, ruido y tráfico), el cual influye directamente en la percepción de calidad de vida.



Con base a lo expuesto y teniendo en cuenta lo que afirma el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2010), que la esperanza de vida en el Ecuador va entre los 74 años el hombre y 80 años la mujer. Edades en donde los adultos mayores se enfrentan a un sin número de dificultades en diferentes áreas de su vida, esto permite desarrollar un estudio, cuyo propósito es explorar algunas características relacionadas con la calidad de vida desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Para posteriormente revertir estos resultados en los centros sujetos a investigación y desarrollar acciones con el fin de despertar en ellos su satisfacción con el cotidiano vivir.

Es por ello que esta investigación se centra en los adultos mayores de los centros Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, con el fin de responder a la pregunta de investigación; ¿Cómo se comportan las dimensiones de salud física, psicológica, relaciones sociales, medio ambiente y variables sociodemográficas (edad, sexo, instrucción, estado civil, antecedentes patológicos personales, convivencia familiar) en la calidad de vida de los adultos mayores? Para cumplir con los siguientes objetivos: describir la calidad de vida según dimensiones de salud física, psicológica, relaciones sociales, medio ambiente y variables sociodemográficas de los adultos mayores, además determinar las dimensiones que predominan en los puntajes de la calidad de vida e identificar quienes de los adultos mayores tienen mayor puntaje de acuerdo a si residen o no en el centro.

Proceso metodológico

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, ya que para la recolección de los datos se utilizó un instrumento previamente validado y estandarizado como es el cuestionario de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud, además de una ficha sociodemográfica. Para el procesamiento de la información se empleó técnicas y medidas de la estadística descriptiva. En la investigación cuantitativa se utiliza el análisis y la recolección de datos con el objetivo de afirmar las preguntas de investigación o revelar nuevas preguntas en el proceso de interpretación, con el fin de poder consolidar de manera lógica las preguntas planteadas con base a la teoría, para ello se vale de una medición numérica y un análisis estadístico (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

El trabajo tuvo un alcance descriptivo debido a que se indagó cómo los sujetos perciben su calidad de vida de acuerdo con variables sociodemográficas. Según Hernández et al. (2014), manifiestan que un estudio descriptivo busca recoger y medir información sobre las



características de un fenómeno o población en específico sin importar si estas se relacionan o no.

El tipo de diseño fue no experimental ya que no se manipuló variables, es decir, como afirma Salinas y Cárdenas (2009), en los estudios no experimentales no se tiene ningún control sobre las condiciones ni los grupos a investigar y sobre todo son estudios que se basan en observaciones con el único objetivo de describir al fenómeno. Asimismo, Hernández et al., (2014), manifiestan que los objetos de estudio solo son observados en su ambiente natural, no existe ningún tipo de influencia en las variables a investigar.

Por último, el estudio fue de tipo transversal ya que estos tienen el objetivo de recolectar información en un momento único con el fin de describir las variables y otorgar indicadores que den cuenta de su panorama general (Salinas y Cárdenas, 2009; Hernández et al., 2014).

Participantes

El estudio se desarrolló en dos centros que brindan atención a adultos mayores de la ciudad de Cuenca-Ecuador, en el período 2020-2021; estas instituciones tienen como propósito dar protección especial y procurar que los adultos mayores ejerzan sus derechos, así como también mejorar su calidad de vida.

La población total fue de 652 adultos mayores entre ambos centros. La Fundación Santa Ana tiene una población de 39 personas adultas mayores con independencia total a diferencia del Centro de Atención al Adulto Mayor, que cuenta con 613 adultos mayores del área de gimnasia gerontológica que asisten con regularidad a los servicios que brinda la institución. La cifra fue distribuida proporcionalmente para su selección entre ambos centros mediante un tipo de muestra aleatoria simple con lo cual se puede identificar, que se deben tomar 39 adultos de la Fundación Santa Ana, es decir su totalidad y 76 del Centro de Atención al Adulto Mayor.

Es así que se obtuvo una muestra de 115 adultos mayores, cifra obtenida con la calculadora muestral, con un nivel de confianza de 90 % y un margen de error del 10 %. Sin embargo, tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión; en el Centro de Atención al Adulto Mayor 10 personas no dieron su voluntariedad para participar en el estudio y, por otro lado, en el centro Fundación Santa Ana 15 personas no cumplieron con los criterios de inclusión ya que 8 presentaron alguna discapacidad o enfermedad invalidante y 7 de ellos no dieron su



aprobación en el consentimiento informado, lo que dio como resultado una cifra final de 90 adultos mayores. **Anexo 1.**

Los criterios de inclusión fueron: adultos mayores de ambos sexos; que vivan o asistan temporalmente al centro; que sean funcionalmente independientes y que sus cuidadores den la aprobación para su participación en el estudio. Como criterios de exclusión: adultos mayores que tengan algún tipo de discapacidad o enfermedad mental invalidante y que no firmen el consentimiento informado.

Instrumentos

Ficha sociodemográfica con el fin de recolectar información acerca de la edad, sexo, instrucción, estado civil, convivencia familiar y antecedentes patológicos personales. Esto con la finalidad de conocer sobre la muestra investigada y para dar cumplimiento con los objetivos planteados. (**Anexo2**).

WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF (Organización Mundial de la Salud, 1996), para la evaluación de la percepción de los individuos acerca de su calidad de vida de acuerdo con su sistema de valores, cultura, preocupaciones personales, estándares y sus objetivos. Consta de 26 ítems, que proporcionan un perfil en las siguientes dimensiones o dominios generales: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente; las cuales son puntuadas de forma autónoma, así como también la pregunta 1, la cual tiene que ver sobre la percepción general del individuo sobre la calidad de vida y la pregunta 2, sobre la percepción general del sujeto sobre su salud.

Se puntúa a través de dos métodos; el primer método de transformación convierte las puntuaciones para que oscilen entre 4-20 y el segundo convierte las puntuaciones de dominio en una escala de 0 a 100. Para el estudio se utilizó el primer método de transformación en donde las puntuaciones de cada dominio se escalan en una dirección positiva, es decir, puntuaciones más altas denotan más calidad de vida **Anexo 3.**

Para este trabajo el instrumento presentó un alfa de Cronbach de 0,88 a nivel global, así en el dominio físico un alfa de 0,87; en el dominio psicológico se obtuvo un valor de 0,86; en el dominio de relaciones sociales 0,88 y finalmente, se obtuvo un valor de 0,86 en el dominio de relaciones con el ambiente. Los ítems se califican a partir de los puntajes obtenidos en una escala de Likert de 5 puntos, en donde el ítem 1 se muestran de la siguiente manera, 1 (muy mala), 2 (regular), 3 (normal), 4 (bastante buena), 5 (muy buena); el ítem 2 y del 16 al 25, 1



(muy insatisfecho), 2 (un poco insatisfecho), 3 (lo normal), 4 (bastante satisfecho/a), 5 (muy satisfecho), los ítems del 3 al 9, 1 (nada), 2 (un poco), 3 (lo normal), 4 (bastante), 5 (muchísimo); del 10 al 15, 1 (nada), 2 (un poco), 3 (moderado), 4 (bastante), 5 (totalmente); finalmente el ítem 26, 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (moderadamente), 4 (frecuentemente) y 5 (siempre) (OMS, 1996). (**Anexo 3**)

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó el permiso respectivo al Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM), y al centro Fundación Santa Ana. Posterior a esto se hizo un acercamiento a las instituciones en donde se realizó una socialización con las autoridades para que conozcan detalles del proyecto de investigación y en particular cómo se administra el instrumento de calidad de vida WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF y la ficha sociodemográfica. En ambos centros lo primero que se hizo con los participantes fue contar con el consentimiento informado, bien por vía digital o escrita. En el centro Fundación Santa Ana, el trabajador social brindó apoyo para la aplicación de manera impresa a los 25 adultos mayores. En el Centro de Atención al Adulto Mayor, se realizó mediante llamadas telefónicas a los participantes, con el apoyo de la coordinadora, quien facilitó toda la información para que se lleve a cabo de esa manera. Estos instrumentos tuvieron una duración de aplicación de 15 a 30 minutos aproximadamente. El proceso estimado de recolección de los datos duró dos meses.

Procesamiento de los datos

Los resultados fueron digitalizados en el programa SPSS versión 26, donde se realizó el cálculo de las medidas de la estadística descriptiva, como son las distribuciones de frecuencias y porcentajes, desviación típica, la media aritmética, así como puntuaciones mínimas y máximas. También se calculó el alfa de Cronbach del instrumento para comprobar el nivel de confiabilidad. Con relación a la presentación de los resultados, se procedió a la utilización de tablas y figuras mediante las cuales se pudieron observar ciertas diferencias en cuanto a las características sociodemográficas, también permitió establecer la diferencia de las dos situaciones en las que se encuentran las personas adultas mayores, ya sea estando como interno o solamente acudiendo temporalmente al centro y además identificar cómo perciben su calidad de vida.

Consideraciones éticas y de género

La presente investigación se llevó a cabo dando a conocer los objetivos que se proyectan y el respectivo proceso que se iba a realizar con cada uno de los adultos mayores encuestados,



obteniendo previamente la firma del consentimiento informado (**Anexo 4**), donde se declara las acciones del modo de proceder del estudio el cual fue previamente aprobado por el Comité de Bioética de Investigación del Área de la Salud (COBIAS) de la Universidad de Cuenca. Los resultados obtenidos serán utilizados únicamente con fines académicos y se pretende difundirlos a los participantes y las instituciones involucradas en el estudio mediante un informe que será entregado a una máxima autoridad.

El consentimiento informado garantizó la preservación de la identidad, la protección de los datos obtenidos y la participación voluntaria de los adultos mayores en este estudio. La investigación no tuvo riesgo alguno, debido a que las personas adultas mayores solo aportaron datos a través de un cuestionario que se realizó de una manera indirecta por los investigadores ya sea de manera digital o con ayuda del personal que labora en los centros. Asimismo, no provocó daños físicos ni mentales en los individuos que respondieron el instrumento, y sobre todo se garantizó el bienestar de su salud ya que por tiempos de pandemia son considerados un grupo de protección sanitaria.

Este trabajo no violó ningún principio ético y se ajustó con las recomendaciones de la declaración de Helsinki (2000), de la Asociación Médica Mundial que refiere que una investigación está sujeta a normas éticas donde promueven y aseguran el respeto a todos los seres humanos protegiendo su salud y derechos, además el objetivo principal es generar nuevos conocimientos. También se consideraron las normas y estándares éticos y legales vigentes en el país, donde refiere que se debe llevar a cabo la investigación sólo por personas con la educación, formación, calificaciones científicas y éticas apropiadas (Manzini, 2000).

Se cumplió con el protocolo científico de investigación metodológica establecida por la Asociación Americana de Psicología (2010), practicando con los principios de beneficencia y no maleficencia, fidelidad y responsabilidad, integridad, justicia y respeto por los derechos y la dignidad de las personas que brindan con la información para el estudio.

Presentación y análisis de resultados

A continuación, se describen los resultados encontrados luego del análisis de datos en el programa estadístico SPSS versión 26. En primer lugar, se dará a conocer las características sociodemográficas de la muestra, posteriormente se informará el resultado de la percepción general de calidad de vida y satisfacción general de salud, luego se mostrará los ítems con mayor y menor puntuación y que dominios son los que predominan en la calidad de vida,



también se detallará la calidad de vida con base a variables sociodemográficas y por último, se determina quienes poseen mejor calidad de vida de acuerdo a si residen o no en el centro.

Características sociodemográficas

Se trabajó con 90 adultos mayores cuyas edades oscilan entre 61 y 95 años, con una edad media de 73,2 (DE=8,45), de los cuales fueron 25 hombres (27,8 %) y 65 mujeres (72,2 %). En cuanto a su instrucción se encontró 3 participantes que no tenían estudios; 4 de ellos tienen una instrucción de cuarto nivel, 35 tienen una instrucción de tercer nivel, en cuanto a la instrucción secundaria existen 36 participantes; y los 12 restantes son de instrucción primaria.

En cuanto al estado civil se identificó que el 40 % (n=36) son casados, 22 adultos mayores mencionaron estar solteros (24,4%), el 20 % (n=18) afirmaron ser viudos y el 15,6 % restante (n=14) son divorciados.

Respecto a la convivencia familiar el 27,8 % (n=25) viven en un centro de apoyo, mientras que el 72,2 % (n=65) viven en sus hogares ya sean solos (n=9) o ya sea con algún familiar (pareja, sobrinos, nietos, hijos, entre otros) (n=56), lo cual se encuentra detallado en la **tabla 1**.

De acuerdo con los antecedentes patológicos se muestra que el 27,8 % (n=25) no presenta ninguna enfermedad ni problema de salud, mientras que el 72,2 % (n=65) presenta dificultades en cuanto a su salud siendo las más significativas: hipertensión, enfermedades de los huesos, problemas de la tiroides, diabetes e hipotiroidismo.

Tabla 1

Características sociodemográficas de los participantes N=90

Características		N	%
Sexo	Hombre	25	27,8
	Mujer	65	72,2
Estado Civil	Soltero	22	24,4
	Casado	36	40,0
	Viudo	18	20,0
	Divorciado	14	15,6
Instrucción	Primaria	12	13,3
	Secundaria	36	40,0
	tercer nivel	35	38,9

	Cuarto nivel	4	4,4
	Ninguna	3	3,3
Convivencia	Solo	9	10,0
	familiares	40	44,4
	Hijos	16	17,8
	Centro	25	27,8

Nota: Elaboración propia

Percepción general de calidad de vida

La figura 1 muestra que la percepción general de la calidad de vida de los adultos mayores tuvo puntuaciones entre 25 y 100, estas puntuaciones se dan en una dirección positiva, es decir, puntuaciones más altas denotan una mayor calidad de vida; dando como resultado que 41 personas tengan una calificación de 50 (lo normal), seguida de 31 personas con una puntuación de 75 (bastante buena), 13 participantes con una puntuación de 100 (muy buena) y por último 5 de ellos con una calificación de 25 (poca) siendo la más baja. Asimismo, se presenta una media de 64,44 (DE=20,17) donde se puede evidenciar que los resultados muestran una alta percepción de calidad de vida. Estos resultados pueden deberse a las políticas públicas que se lleva a cabo por el Estado ecuatoriano en donde se garantiza los derechos de la población adulta mayor, integrándola plenamente con el desarrollo social, económico, político y cultural del país, permitiéndole acceder a una vida justa, equitativa y digna, generando una percepción distinta sobre el proceso de envejecimiento para así lograr una ciudadanía activa, de inclusión y envejecimiento saludable (MIES, 2013). De esa manera, se presenta una diferencia con los resultados de la investigación realizada por Borja (2016), en donde se evidenció una tendencia hacia una media y baja percepción de calidad de vida.

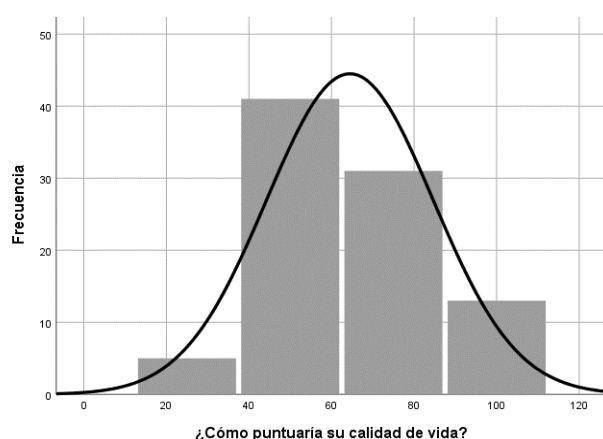


Figura 1 Percepción general de calidad de vida

Satisfacción general de salud

Por otro lado, y con respecto a la satisfacción general de salud, los adultos mayores presentaron puntuaciones entre 0 y 100 con una media de 60,28 (DE=23,67), en donde existe solo una persona que se encuentra muy insatisfecho con su salud; de igual manera 12 participantes manifiestan estar insatisfechos; 40 personas afirmaron encontrarse en un estado normal, se registraron 23 individuos que están bastantes satisfechos y por último los 14 restantes refieren sentirse muy satisfechos.

Se muestra en general en la población adulta mayor una percepción alta en relación con la satisfacción con su salud. Por lo cual se puede notar el cumplimiento de la Ley Orgánica de las personas adultas mayores en el Ecuador, donde en su artículo 42, manifiesta el derecho sin discriminación a la salud física, mental, sexual y reproductiva y asegura el acceso a los distintos servicios del Sistema Nacional de Salud (Asamblea Nacional del Ecuador, 2019). Es así que, si no existieran normativas que regulen el bienestar de los adultos mayores se presentaría dificultades en la salud, que repercutirían de manera negativa en su calidad de vida. Además, los resultados encontrados se relacionan con el estudio de Loredó et al. (2016), donde mostraron que las personas que no presentan dificultades en su salud física y pueden realizar actividades de la vida diaria suponen tener una mejor calidad de vida.

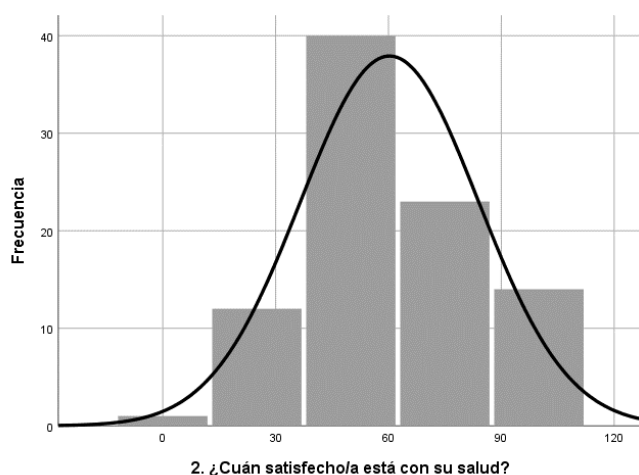


Figura 2 Satisfacción general de salud

Ítems con mayor y menor puntuación

Por consiguiente, se analizó las medias de los ítems más altos del instrumento, en donde se puede observar que los puntajes en donde se muestra una media más alta es en el dominio de relaciones ambientales, en las preguntas 9, 23, 24 que se detallan en la **tabla 2**. Estas puntuaciones altas en el dominio de relaciones ambientales denotan, lo que se afirma en el artículo 14 de la constitución ecuatoriana, todas las personas tienen derecho a vivir en un



ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir; esto implica que un ambiente físico seguro y saludable permite a los adultos mayores un envejecimiento sano. Asimismo, los datos obtenidos se relacionan en la investigación de Auquilla y Pacurucu (2018), el ítem con mayor puntuación fue ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive? Perteneciente al dominio de relaciones ambientales que incluyen vivienda, instalaciones, vecindario, problemas de convivencia, ruido y tráfico, los cuales influyen directamente en la calidad de vida (CNIE, 2018).

También se evidenció los ítems con las medias más bajas localizándose dentro de los dominios de salud física y psicológica, es así que el ítem 3 ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita? se da una media de 2,28 (DE=1,05), también en el ítem 19 ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo? con una puntuación de 3,73 (DE=0,95) y con respecto al ítem del dominio de salud psicológica se da una media de 2,37 (DE=0,88). Cabe destacar que la población adulta mayor en el Ecuador está creciendo, por ende, se da un aumento de los índices de enfermedades (MIES, 2013). Asimismo, se afirma que esta población sufre abandono, maltrato y despojo del patrimonio, lo que implica afecciones a su bienestar psicológico (SABE, 2010). En tal sentido, es evidente que a media que la población envejece tiene repercusiones significativas tanto en su salud física como psicológica.



Tabla 2

Ítems con mayor y menor puntuación (Escala 1-5)

Dominio	Ítem	Media	DE
Física	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	2,28	1,05
Relaciones ambientales	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	3,80	0,84
Física	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	3,73	0,95
Relaciones sociales	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	2,47	0,91
Relaciones ambientales	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	3,94	0,92
Relaciones ambientales	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	3,96	0,91
Psicológica	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	2,37	0,88

Nota: Elaboración propia. DE= desviación estándar

Dominios que predominan en la calidad de vida

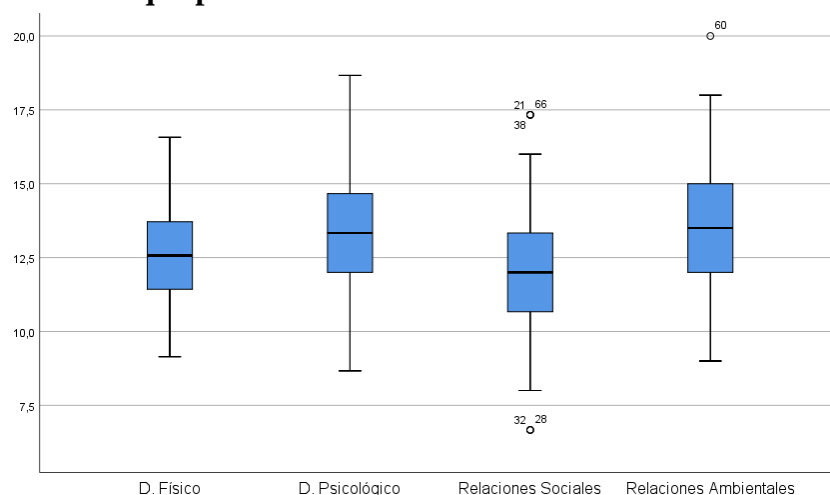


Figura 3 Dominios de calidad de vida. Elaboración propia



De acuerdo con la **figura 3** se puede notar que 3 de los 4 dominios analizados superaron la media de la escala (4-20), lo cual implica una baja percepción de calidad de vida de acuerdo con la dimensión de relaciones sociales con una media de 11,88 que se encuentra por debajo de la media general (12). Lo cual se diferencia de los estudios realizados por Torres (2013) y Lopategui (2016), los cuales consideran que los adultos mayores poseen influencias positivas de los amigos directos con los que compartieron una parte de la vida laboral y social. Además, se menciona que la interacción de los individuos, la satisfacción de las relaciones interpersonales, la interacción con una red social, tienden a que los adultos mayores se encuentren en condiciones óptimas en su salud física y psicológica, teniendo una percepción positiva de su calidad de vida. Sin embargo, debido al aislamiento social que se vive, este dominio se ha visto afectado denotando una percepción baja del mismo, con lo cual se corrobora lo que afirma la FIAPAM (2013), que el aislamiento social puede traer consigo consecuencias negativas en la salud y aumentar el riesgo de muerte.

En cuanto a los dominios de salud física, psicológica y relaciones ambientales muestran puntuaciones por encima de la media. La mayor puntuación fue en el dominio de relaciones con el ambiente con valores que están entre 9 y 20 con una media de 13,66 (DE=2,19); que de acuerdo con Cazau (2003), las características que se encuentran en el espacio físico y conforman el entorno son capaces de afectar el psiquismo del individuo. Por su parte el dominio psicológico es el segundo con puntuaciones que oscilan entre 9 y 19 con una media de 13,33 (DE=2,2) y por último el dominio físico con valores de 9 a 17 con una media de 12,70 (DE=1,52). Estos resultados se acogen a lo mencionado por Prado (2010), que afirma que el bienestar en la calidad de vida está relacionado con la satisfacción de necesidades en el ciclo vital: el estado de salud físico y psicológico, las relaciones interpersonales y el medio ambiente. Cabe agregar que entre mejor se satisfacen estos dominios, mejor será su envejecimiento; y al gozar de una buena calidad de vida, por ende, otras características se desarrollaran mejor (Aponte, 2015). De esta manera, al presentar puntajes altos en estos dominios da la convicción de que los adultos mayores muestran percepciones altas de calidad de vida.

Percepción de calidad de vida de acuerdo a variables sociodemográficas

Sexo. Al relacionar la variable sexo con la calidad de vida los datos arrojaron que en un porcentaje mayor las mujeres con un 43,1 % demostraron tener una percepción normal de la calidad de vida, de igual manera los hombres con un 52 % del total de la muestra. En torno a este apartado y con un porcentaje más alto en comparación a las otras variables se muestra que



las mujeres con un 36,9 % tienen una percepción bastante buena de su calidad de vida, es decir las mujeres evidencian una percepción muy alta de calidad de vida con un total de 52,3 % (n=34) en comparación a los hombres que muestran porcentajes menores siendo el 40 %. Sin embargo, estos resultados no son similares con el estudio realizado en Colombia por Estrada et al. (2011), donde mencionan que las mujeres poseen una puntuación menor en cuanto a la percepción de calidad de vida en comparación con los hombres.

Por otra parte, Castañeda (2007), refiere que la calidad de vida no puede ser vista de la misma manera en hombres y mujeres, se debe tener cuenta los roles que desempeñan, las diferencias a nivel biológico, los distintos estilos de vida y sus responsabilidades. Entorno a ello la calidad de vida será distinta tanto para hombres y mujeres. Asimismo, el abandono hacia las personas adultas mayores la cuales no reciben apoyo familiar y no poseen recursos; las más afectadas son las mujeres que sufren estragos en su salud física y psicológica (Ministerio de Salud Pública, 2008).

Tabla 3
Calidad de vida con base al Sexo

			Sexo		
			Hombre	Mujer	Total
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Poca	N	2	3	5
		%	8,0%	4,6%	5,6%
	lo normal	N	13	28	41
		%	52,0%	43,1%	45,6%
	bastante buena	N	7	24	31
		%	28,0%	36,9%	34,4%
	muy buena	N	3	10	13
		%	12,0%	15,4%	14,4%
	Total	N	25	65	90
		%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

Instrucción. En cuanto a calidad de vida e instrucción se puede observar que los sujetos que no presentan ningún tipo de estudios y los que son de escolaridad primaria poseen una percepción normal. Los individuos que presenta una instrucción de cuarto nivel mostraron que tienen una visión bastante buena; de la misma manera las personas con una instrucción secundaria y de tercer nivel se inclinaron por una percepción de calidad de vida normal, es así que los datos demuestran que este apartado no influye significativamente en la percepción de calidad de vida de los adultos mayores, lo cual se encuentra más detallado en la **tabla 4**. Así



también, los resultados son similares al estudio de Sari y Rumipulla (2016), en donde el nivel de instrucción no fue relevante en la percepción de calidad de vida de su población estudiada. Sin embargo, la UNESCO (2019), considera que el acceso a una instrucción y a un proceso de alfabetización influye de manera significativa en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Tabla 4
Calidad de vida con base a la instrucción

		Instrucción					Total	
		primaria	secundaria	3 nivel	4 nivel	ninguna		
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Poca	M	1	2	1	0	1	5
		%	8,3%	5,6%	2,9%	0,0%	33,3%	5,6%
	lo normal	N	8	16	14	1	2	41
		%	66,7%	44,4%	40,0%	25,0%	66,7%	45,6%
	bastante	N	2	15	12	2	0	31
		%	16,7%	41,7%	34,3%	50,0%	0,0%	34,4%
	buena	N	1	3	8	1	0	13
		%	8,3%	8,3%	22,9%	25,0%	0,0%	14,4%
muy buena	N	1	3	8	1	0	13	
	%	8,3%	8,3%	22,9%	25,0%	0,0%	14,4%	
Total	N	12	36	35	4	3	90	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Nota: Elaboración propia

Estado civil. De acuerdo con la variable estado civil y calidad de vida los individuos que son casados tienen una calidad de vida bastante buena (n=36), seguida de los adultos mayores solteros (n=22). Por otro lado 18 adultos mayores viudos consideran que tienen una calidad de vida normal al igual que las personas divorciadas (n=14) **Tabla 5**. Se afirma que los lazos sociales fuertes tienen implicaciones importantes en la vida de las personas, en la salud tanto física como psicológica, además el matrimonio en personas adultas mayores, mientras este sea comprensivo y no hostil, repercute en una mejor calidad de vida en general (National Institute of Health , 2017). Asimismo, este hallazgo coincide con la investigación realizada por Melguizo y Vargas (2017), donde refieren que las personas que se encuentra con una pareja tienen una mejor percepción de calidad de vida, por lo tanto, esta variable demuestra que influye de manera significativa en la misma.

Tabla 5
Calidad de vida con base al estado civil

			Estado civil				Total
			Soltero	casado	Viudo	divorciado	
1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Poca	N	1	0	2	2	5
		%	4,5%	0,0%	11,1%	14,3%	5,6%
	lo normal	N	11	14	10	6	41
		%	50,0%	38,9%	55,6%	42,9%	45,6%
	bastante buena	N	8	16	4	3	31
		%	36,4%	44,4%	22,2%	21,4%	34,4%
	muy buena	N	2	6	2	3	13
		%	9,1%	16,7%	11,1%	21,4%	14,4%
	Total	N	22	36	18	14	90
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia.

Edad. De acuerdo con la muestra total se puede observar en la **tabla 6** que el 75, 9 % de adultos mayores de 85 años en adelante presentan una percepción de calidad de vida entre normal y poca, siendo muy pocos individuos que puntúan que poseen una percepción de calidad de vida muy buena y bastante buena. De acuerdo a ello, Lazarus (2000), manifiesta que las personas a medida que incrementan su edad presentan deterioros en aspectos tanto físicos como psicológicos, esto provoca que los sujetos reduzcan su interacción social y sean propensos a adquirir enfermedades, que influencia significativamente en su percepción de calidad de vida. De tal manera que estas dificultades a las que se enfrentan los adultos mayores a medida que su edad avanza se ven reflejados en los datos, pudiendo identificar que, a mayor edad, como afirma el autor, influye en una percepción baja de calidad de vida.

La esperanza de vida en el Ecuador se encuentra entre los 74 años el hombre y 80 años la mujer, teniendo en cuenta que son edades en las que se pasan por distintas dificultades; como lo afirma el Instituto Nacional de Geriátría (2017), en donde expone que los adultos mayores debido a su avanzada edad presentan alteraciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas, además la CEPAL (2012), manifiesta que la calidad de vida en esta etapa de transición demográfica (edad) conlleva a un incremento de enfermedades crónico-degenerativas e incapacitantes en este grupo prioritario. De tal manera está prevalencia de enfermedades condiciona la percepción calidad de vida de los adultos mayores.



Tabla 6
Calidad de vida con base a la edad

			Edad				Total
			<= 64	65 – 74	75 – 84	85+	
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Poca	n	0	1	1	3	5
		%	0,0%	2,6%	4,0%	23,1%	5,6%
	lo normal	n	6	17	11	7	41
		%	46,2%	43,6%	44,0%	53,8%	45,6%
	bastante buena	n	4	16	9	2	31
		%	30,8%	41,0%	36,0%	15,4%	34,4%
	muy buena	n	3	5	4	1	13
		%	23,1%	12,8%	16,0%	7,7%	14,4%
	Total	n	13	39	25	13	90
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia 1

Lugar de convivencia. Los adultos mayores respecto a su calidad de vida y convivencia mostraron que el 76 % de los que viven en un centro de apoyo poseen una calidad de vida entre normal y poca. Por otro lado, los sujetos que viven en su hogar con familiares (sobrinos, hijos, pareja, nietos), presentan una mejor calidad de vida siendo entre percepciones de bastante buena y muy buena. En cuanto a las personas que viven solas sus percepciones oscilan entre lo normal y muy buena calidad de vida **Tabla 7**.

Tabla 7
Percepción de calidad de vida de acuerdo al lugar de convivencia

			¿Con quién vive?				Total
			solo	familiares	Hijos	centro	
¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	Poca	N	1	0	0	4	5
		%	11,1%	0,0%	0,0%	16,0%	5,6%
	lo normal	N	3	15	8	15	41
		%	33,3%	37,5%	50,0%	60,0%	45,6%
	bastante buena	N	2	20	4	5	31
		%	22,2%	50,0%	25,0%	20,0%	34,4%
	muy buena	N	3	5	4	1	13
		%	33,3%	12,5%	25,0%	4,0%	14,4%
	Total	N	9	40	16	25	90
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Nota: Elaboración propia

En este orden de ideas para medir la percepción de los adultos mayores sobre su calidad de vida de acuerdo con si residen o no el centro, se realizó la prueba T-student la cual permitió

identificar quienes poseen una mejor percepción de calidad de vida. Concluyendo que las personas que viven en su hogar ya sea solos o con algún familiar muestran mejores valores de calidad de vida con una media de 3,74 (DE=0,75); mientras que las personas que viven en el centro muestran puntajes menores con una media de 3,16 (DE=0,80); lo cual está expuesto en la **figura 4**. De esta manera los adultos mayores que reciben apoyo ya sea de una pareja, familia, amigos entre otras, adquieren un soporte para enfrentar o resolver problemas (Gonzáles, 2015). Además, otorga al sujeto un sentimiento de pertenencia y los integran a la sociedad trayendo beneficios a nivel psicológico y físico; mostrando percepciones positivas de calidad de vida (Silirin, 2006). Evidenciando que las personas que cuentan con apoyo tanto de familiares amigos, entre otros, presentan tener puntuaciones altas en su percepción de calidad de vida.

Pudiendo contrastar con lo que afirma (Aponte, 2015), en donde manifiesta que la familia influye positivamente en la vida de las personas mayores, con interacciones a nivel personal, otorgan protección y socialización. El contar o no con una red de apoyo representa un factor importante para el freno de situaciones de pobreza, discriminación y dependencia cuando existe enfermedad.

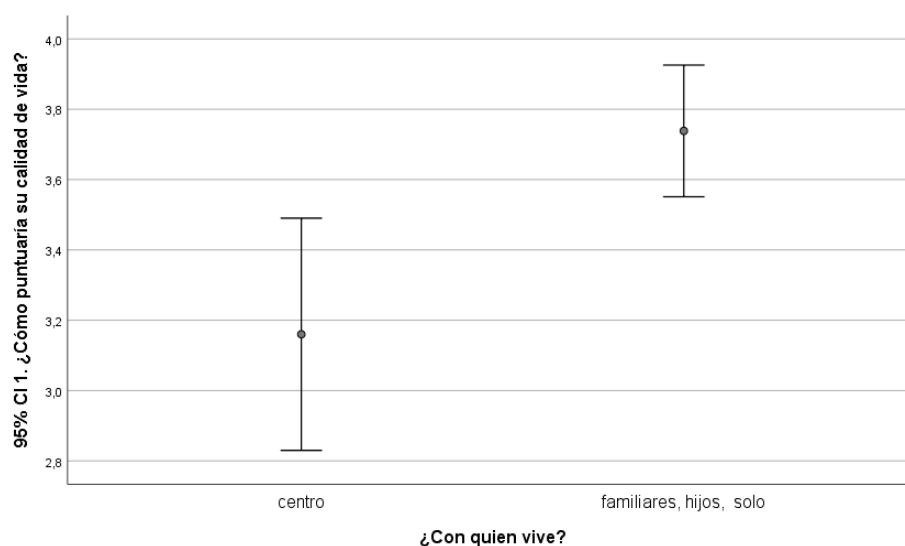


Figura 4 Percepción de calidad según si residen en un centro de apoyo o no



Conclusiones

Respondiendo a los objetivos planteados en la investigación se evidencia que la percepción general de la calidad de vida de los usuarios de ambos centros geriátricos posee niveles normales a altos de percepción de calidad de vida, conjuntamente con su satisfacción general de salud debido a que están amparados por políticas públicas del estado que garantiza sus derechos y a más de ello, no presentan dificultades significativas de salud que pudieran afectar su percepción de calidad de vida.

De acuerdo con variables sociodemográficas en general, las mujeres evidenciaron una percepción muy alta de calidad de vida en comparación a los hombres. Esto muestra que dicha variable influye en la percepción de calidad de vida por el mismo hecho de que hombres y mujeres presentan diferencias tanto biológicas, psicológicas y sociales. Con respecto al estado civil, los individuos muestran que el tener redes de apoyo por parte de una pareja influye de manera positiva en la percepción de calidad de vida. En lo que respecta a la instrucción se evidenció que esta variable no condiciona la percepción de calidad de vida, ya que los adultos mayores se inclinaron por una percepción media de la misma.

Asimismo, en cuanto a la edad y antecedentes patológicos personales, dichos datos mostraron que a medida que los sujetos avanzan en su edad presentan dificultades funcionales en su salud tanto física como psicológica, trayendo consigo que dichas situaciones influyan en su percepción de calidad de vida.

En relación con los cuatro dominios analizados se puede evidenciar que la dimensión de relaciones sociales se encuentra deteriorada por la situación actual de aislamiento que se vive a nivel mundial, y al no contar con lazos sociales fuertes, ya sea de amigos, pareja o de una situación matrimonial repercuten de manera negativa en la calidad de vida en general.

De igual manera, y con respecto a la convivencia familiar, se observa que al tener relaciones interpersonales puede influir en la percepción de calidad de vida, demostrando que los adultos mayores que viven en su hogar con familiares (pareja, sobrinos, hijos, nietos) tienen percepciones mayores de calidad de vida en comparación a los que viven en el centro de apoyo, ya que se da convencimiento de que la familia representa un factor importante para la contención de situaciones negativas que se pueden llegar a presentar.

Limitaciones y recomendaciones

Una de las limitaciones dentro del estudio fue la situación de pandemia que se vive en la actualidad, la muestra sujeta a investigación es considerada un grupo de protección sanitaria por la cual no se pudo



mantener contacto directo y se utilizó medios tecnológicos; esto dificultó el proceso de recolección de datos ya que los adultos mayores no están familiarizados con las tecnologías. Por lo que se recomienda para próximas investigaciones, se busque alternativas que permita acceder de manera directa a la población de estudio.

La calidad de vida al ser una estrategia de atención primaria de salud es necesaria seguirla estudiando, ya que es un constructo en donde se engloba distintas características tanto subjetivas como objetivas que condicionan el bienestar de la persona en sus distintos contextos. De igual manera los estudios acerca de este constructo deben ser ampliados hacia otras poblaciones con características diferentes: niñas, niños, adolescentes y adultos ya que interesa conocer cómo perciben su calidad de vida en las diferentes etapas de su desarrollo.

También es recomendable realizar investigaciones en los cuales se comparen la calidad de vida de adultos mayores antes y durante la pandemia de covid-19 con el objetivo de plantear propuestas que mejoren la situación de los individuos.

Por último, se sugiere que en futuras investigación se considere variables como la espiritualidad y religión y de que maneras éstas influyen en la percepción de calidad de vida.



Referencias

- Almaguer, D., Casado, P., Santos, R., Almaguer, D., y Hernández, G. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista electrónica Medimay*, 26(1). doi: 2520-9078 RNPS: 2441
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Ajayu órgano de difusión científica del departamento de psicología Universidad Católica Boliviana San Pablo*, 13(2), 152-182. Recuperado de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003&lng=es&tlng=es.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista latinoamericana de psicología*, 35(2), 161-164. ISSN: 0120-0534.
- Arévalo, D., Game, C., Padilla, C., y Wong, N. (2020). Predicciones de satisfacción con la calidad de vida en adultos mayores de Ecuador. *Revista Espacios*, 41(12). doi: 0798 1015. Recuperado de: <http://www.revistaespacios.com/a20v41n12/a20v41n11p10.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2012). Ley orgánica de salud [E-book]. Secretaria técnica plan toda una vida. Obtenido de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2013). Plan nacional del Buen Vivir. Secretaría técnica de planificación y desarrollo. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/LIBRO%20buen%20vivir/files/assets/downloads/page0026.pdf>
- Asamblea Nacional del Ecuador. (20 de Octubre de 2008). Constitución de la República del Ecuador. Ciudad Alfaro- Ecuador Recuperado de https://www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/documents/old/constitucion_de_bolsillo.pdf
- Auquilla, Á. F., y Pacurucu, Á. F. (octubre de 2018). *Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo en Cuenca*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31374/1/Calidad%20de%20vida%20en%20adultos%20mayores%20que%20asisten%20a%20un%20centro%20de%20apoyo%20en%20Cuenca.pdf>
- Borja, P. E. (2016). *Autopercepción y percepción familiar de la calidad de vida del adulto mayor en el ER12 La Victoria 2015-2016*. Universidad técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24206>



- Bordignon, N. A. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf>
- Cardona, D. (2010). Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Revista facultad nacional de salud pública*, 28(2), 149-160. doi: 0120-386X.
- Castañeda, E. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista cubana de salud pública*, 33(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&tlng=es.
- Cazau, P. (2003). Diccionario de psicología social. Obtenido de <https://es.scribd.com/document/3223320/Cazau-Pablo-Diccionario-de-Psicologia-Social>
- CEPAL (2012). Panorama social de América Latina. Documento informativo. Recuperado de <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/48455/panoramasocial2012doci-rev.pdf>
- El Telégrafo. (2018). Adultos mayores marchan por un buen trato. Diario el telégrafo. Obtenido de: El Telégrafo - Noticias del Ecuador y del mundo - Adultos mayores marchan por un buen trato (eltelegrafo.com.ec)
- Erikson E. *Childhood and society*. 2nd ed. New York: Norton, Nueva. 1963.
- Estrada, A., Cardona, D., Segura, Á., Chavarriaga, L., Ordóñez, J., y Osorio, J. (2011). Calidad de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*, 31(4), 492-502. [Fecha de Consulta 26 de marzo de 2020]. ISSN: 0120-4157. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=843/84322449004>
- Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores. (30 de Marzo de 2013). *La soledad y el aislamiento social, enemigos de los adultos mayores*. Recuperado de <https://fiapam.org/la-soledad-y-el-aislamiento-social-enemigos-de-los-adultos-mayores/>
- Freire, W. (2010). SABE Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento Ecuador, 2009-2010, presentación de resultados. Ecuador. Recuperado de <https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ecuador-Encuesta-SABE-presentacion-resultados.pdf>
- Giró, J. (2005). Envejecimiento, salud y dependencia [Ebook]. Logroño. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/6366.pdf>



- González, J. (2015). Carta Comunitaria. Temas de interés en medicina de la comunidad. 23. Doi: 0123-1588
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2010). ¿Cómo crecerá la población en Ecuador?. Recuperado de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2013. Proyección por edades provincias 2010-2020 y nacional 2010-2020. [Online] www.ecuadorencifras.gob.ec/. Obtenido de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-presenta-sus-proyecciones-poblacionales-cantonales/> [Fecha de consulta 14 Abril 2020].
- Instituto Nacional de Geriátría. (13 de Noviembre de 2017). *Gobierno de México*. Recuperado de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/contenidos/institucional/envejecimiento.html#:~:text=El%20envejecimiento%20humano%20es%20un,y%20psicol%C3%B3gicas%2C%20propiciadas%20por%20los>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., y Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor [E-book]. México. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
- Lopategui, E. (2016). Conceptos generales de salud. *SaludMed*. Obtenido de http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U1-01_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf
- Lazarus, R. y Lazarus, B. (2000). Pasión y Razón. La comprensión de nuestras emociones. España: Paidós.
- Manzini, J. (2000). Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. *Acta bioethica*, 6(2), 321-334. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2000000200010>
- Martínez, B. (2008). La infancia y la niñez en el sentido de identidad. Comentarios en torno a las etapas de la vida de Erik Erikson. *Revista Mexicana de Pediatría*, 75. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2008/sp081g.pdf>
- Merchán, E., y Cifuentes, R. (2012). *Teorías psicosociales del envejecimiento* (Tesis de maestría). Recuperado de <http://asociacioncicaron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>
- Melguizo, E., y Vargas, S. (2017). Calidad de vida en adultos mayores en Cartagena, Colombia. *Revista De Salud Pública*, 19(4), 549-554. Doi: 10.15446/rsap. v19n4.55806



- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). *Normativa técnica de población al adulto mayor*. Ecuador. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/NORMA-TECNICA-DE-POBLACION%CC%81N-ADULTA-MAYOR-28-FEB-2014.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social, (2015). Dirección Población Adulta Mayor – Ministerio De Inclusión Económica Y Social. [Online] Inclusion.gob.ec. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/#>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social, (2013). *Agenda de las personas adultas mayores* (Segunda ed.). Quito: MIES. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/11/Pol%C3%ADtica-P%C3%BAblica.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social, (2017). MIES, garantiza atención con calidad y calidez para los adultos mayores. [Online] Inclusion.gob.ec. Recuperado de: <https://www.inclusion.gob.ec/mies-garantiza-atencion-con-calidad-y-calidez-para-los-adultos-mayores/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2019). MIES realizó jornadas virtuales en contra del maltrato a los adultos mayores. Ecuador. Recuperado de <https://www.inclusion.gob.ec/mies-realizo-jornadas-virtuales-en-contra-del-maltrato-a-los-adultos-mayores/>
- Ministerio de Salud Pública. (2008). Programa nacional de atención integral de salud del adulto mayor. Ecuador. Recuperado de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Programa%20nacional%20AM.pdf>
- Molero, M., y Pérez, M. (2011). Salud y Calidad de vida en adultos mayores institucionalizados. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 249-258. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349832331026>
- National Institute of Health. (2017). *National Institute of Health*. Recuperado de <https://salud.nih.gov/articulo/las-relaciones-sociales-afectan-nuestra-salud>
- Novillo, O. (2013). La depresión del adulto mayor y el cumplimiento del plan de vida. Cuenca. Recuperado de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3168/1/09943.pdf>
- Oblitas, L. (2004). Manual de Psicología Clínica y de la salud hospitalaria. Bogotá: *PSICOM Editores*.



- Organización Mundial de la Salud. (1996). La gente y la salud. Foro Mundial de la Salud, 17(4), 385-387. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
- Papalia, D. (2009). *Desarrollo y envejecimiento de adultos*. Boston: McGraw-Hill. Obtenido de: <https://educativopracticas.files.wordpress.com/2018/01/desarrollo-del-adulto-y-vejez-papalia-libro.pdf>
- Prado, A. (2010). Envejecimiento en América Latina: sistemas de pensiones y protección social integral. Chile: Cepal. Recuperado de: https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/2567/S1000741_es.pdf
- Quintana, I. (28 de Julio de 2016). Dimisión psicológica. *Infermeravirtual*. Recuperado de https://www.infermeravirtual.com/esp/actividades_de_la_vida_diaria/la_persona/dimension_psicologica#:~:text=La%20dimensi%C3%B3n%20psicol%C3%B3gica%20se%20centra,diversas%20situaciones%20en%20que%20participa
- Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos*, 20(4), 159-166. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003
- Rodríguez, M. A., y Verdugo, Z. E. (2018). *Calidad de vida de los adultos mayores mestizos e indígenas del cantón Nabón. Cuenca. 2017*. Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30386/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf>
- Rook, K. (2015). Las redes sociales en la tercera edad: sopesando los efectos positivos y negativos para la salud y el bienestar. *Current Directions in Psychological Science*, 24(1), 45-51. Recuperado de <https://www.psychologicalscience.org/uncategorized/las-redes-sociales-en-la-tercera-edad-sopesando-los-efectos-positivos-y-negativos-para-la-salud-y-el-bienestar.html>
- Salas, C., y Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *Revista CES Salud Pública*, 4 (1), 36-46. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4549356.pdf>
- Salazar, J., Pando, M., Arana, C., y Heredia, D. (2005). Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Mediagraphic Artemisa*, 7(3), 161-165. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053d.pdf>
- Salazar, J., Torres, T., Pando, M., Aranda, C., y Zúñiga, E. (Junio de 2011). Dimensiones conceptuales sobre calidad de vida en estudiantes de psicología, México. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y tecnología*, 4(1), 47-58.



- Sari, D., y Rumipulla, J. (2016). *Calidad de vida asociada con recursos sociales y autonomía de adultos mayores*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Cuenca
- Silirin, C. (2006). Redes de apoyo para adultos mayores. Recuperado de <https://www.bps.gub.uy/bps/file/1719/1/redes-de-apoyo-para-adultos-mayores.-c.-sirlin.pdf>
- Tarí, J., (2000). *Calidad Total*. Alicante: Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones. Recuperado de <https://www.biblioteca.org.ar/libros/133000.pdf>
- Torres, F. C. (mayo de 2013). *Incidencia del accionar del Club del adulto mayor, en la calidad de vida de sus miembros, en el subcentro de salud de Atahualpa, cantón Ambato, provincia de Tungurahua, período abril/septiembre 2012*. Universidad técnica de Ambato, Tungurahua, Ecuador.
- Urzúa, A., y Caqueo, A. (2012). Calidad de Vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30 (1), 61-71. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100006&lng=es&nrm=iso
- Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68 (3). Lima. doi: 1025 – 5583.
- Verdugo, C. (2013). *Aplicación del paradigma de calidad de vida*. Universidad de Salamanca, España. ISBN: 978-84-695-1789-5. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/235731846_Aplicacion_del_Paradigma_de_Calidad_de_Vida

**Anexos****Anexo 1. Consentimiento informado****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: **Calidad de vida de adultos mayores en los centros geriátricos Fundación Santa Ana y Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca, período 2020-2021**

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Wellington Fabricio Bustos Calle	0302716444	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en la Universidad de Cuenca. En este consentimiento informado se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio.

Introducción

Este estudio aportará a nuestro trabajo de investigación para obtener el título de Psicólogo Clínico. Por medio de este, se profundizará y describirá la calidad de vida de adultos mayores de los diferentes centros acogidos para la investigación y así permitirá la ampliación del conocimiento en el campo de la adultez mayor en la ciudad de Cuenca.

Objetivo del estudio

Describir la calidad de vida según las variables sociodemográficas de los adultos mayores de los centros Fundación Santa Ana y el Centro de Atención al Adulto Mayor de Cuenca.

Descripción de los procedimientos

En primer lugar, se solicitarán los permisos respectivos a los centros en donde se va a realizar el estudio, Centro de Atención al Adulto Mayor (CAAM), y centro geriátrico Fundación Santa Ana. Posterior a esto se hará un acercamiento a las instituciones en donde se realizará una socialización con las autoridades para que conozcan detalles del proyecto de investigación y en particular cómo se administra el instrumento de calidad de vida WHO Quality of Life-BREF WHOQOL-BREF y la ficha sociodemográfica. En ambos centros lo primero que se hará con los participantes es contar con el consentimiento informado, bien por vía digital o por vía impresa. En el Centro Fundación Santa Ana, el trabajador social se encargará de aplicar de manera impresa a los 39 adultos mayores. En el Centro de Atención al Adulto Mayor en Cuenca, se realizará de manera digital, con el apoyo de la coordinadora, quien les facilitará a los autores de este trabajo, los correos electrónicos y de celular para enviar el enlace a través del WhatsApp o por ZOOM para a través de entrevista, que el adulto mayor responda y así poder obtener la aplicación de los 76 adultos que den su voluntariedad para participar. Estos instrumentos tienen una duración de aplicación de 20 minutos. El proceso estimado de recolección de los datos será de dos meses. Finalmente, los datos obtenidos se introducirán de manera digital en el programa SPSS v. 25 para su posterior procesamiento estadístico.

Riesgos y beneficios

Para minimizar los posibles riesgos, herir susceptibilidades o generar falsas expectativas la aplicación se llevará a cabo de forma voluntaria, el equipo de investigadores estará atento para resolver posibles dudas, antes, durante y después de los instrumentos. Posteriormente usted podrá contar con la socialización de los resultados.

Otras opciones si no participa en el estudio

Se agradece el tiempo invertido en esta investigación, que permita llevar adelante proyectos similares. Sin embargo, si usted no está interesado no está obligado a llenar el cuestionario.

Derechos de los participantes



Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0983711420 o 072231408 que pertenece a Wellington Fabricio Bustos Calle o envíe un correo electrónico wellington.bustos@ucuenca.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ Nombres completos del/a participante	_____ Firma del/a participante	_____ Fecha
_____ Nombres completos del/a investigador/a	_____ Firma del/a investigador/a	_____ Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec

Anexo 2. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN (es)	INDICADOR	ESCALA
Calidad de vida	Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social (Ardila, 2003).	Salud física Salud psicológica Relaciones sociales Ambiente	Puntaje según la tabla adjunta en el manual de la prueba de acuerdo con dos métodos; primero que oscile de entre 4-20 y el segundo puntuaciones que oscilen en una escala de 0-100. (Puntuaciones más altas denotan más calidad de vida). Cuestionario para	Tiene 26 ítems Con escala de Likert de 1 a 5 1 (nada); 2 (un poco); 3 (moderado); 4 (bastante) y 5 (totalmente) Se da en puntajes Frecuencias, por ciento,



			explorar calidad de vida WHOQOL-BREF de la OMS del año 199	media aritmética y desviación media o estándar. Puntajes transformados de 4-20 (método 1) y puntuaciones que oscilen en una escala de 0-100 (método 2)
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde el nacimiento hasta la actualidad	Biológica, según tiempo	Años cumplidos.	Desde los 65 años en adelante Frecuencias, por ciento y promedio (media aritmética) Grupos de edad a formarse: 65 – 74 75 – 84 85 en adelante.
Sexo	Condición orgánica que diferencia a un hombre y una mujer	Biológica, fenotipo	Tipo de sexo	Mujer Hombre Frecuencia y Porcentaje
Instrucción	Caudal de conocimiento adquirido	Social	Nivel de educación alcanzado	Ninguna Primaria Secundaria Tercer nivel Cuarto nivel Frecuencia y porcentaje



Estado civil	Característica de un individuo de acuerdo de acuerdo a la situación de pareja dada por el registro civil.	Social	Registro civil, certificado.	Soltero Viudo Casado Divorciado Unión libre Frecuencia y porcentaje.
Enfermedad	Alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo ya sea físico o mental debido a una causa interna o externa.	Biológica y psicológica (orgánica y funcional)	Presencia de alguna enfermedad.	Sí No Frecuencias y porcentaje
Convivencia familiar	Habitar en cierto lugar ya sea solo o acompañado	Social	Personas con las que vive	Solo Familiares Hijos Centro geriátrico Frecuencia, porcentajes y media aritmética.
Centro Geriátrico	Institución compuesta por profesionales en la salud que brindan cuidado o tratamiento a población senescente.	Social	Nombre del centro al que pertenece	Centro de Atención al Adulto Mayor. Fundación Santa Ana. Frecuencia y porcentajes.

**Anexo 3. Ficha sociodemográfica****Datos generales****Centro Geriátrico:**

- **Fundación Santa Ana** ☐
- **Centro de Atención al Adulto Mayor** ☐

Edad (años cumplidos): _____	Sexo: - Mujer <input type="radio"/> - Hombre <input type="radio"/>	Instrucción Ninguno <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Tercer nivel <input type="radio"/> Cuarto nivel <input type="radio"/>
Estado Civil Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Con pareja <input type="radio"/>	Presenta alguna enfermedad o algún problema con su salud Si <input type="radio"/> ¿Cuál? _____ No <input type="radio"/>	¿Con quién vive? Solo <input type="radio"/> Familiares <input type="radio"/> Hijos <input type="radio"/> Centro Geriátrico <input type="radio"/>

**Anexo 4. Cuestionario WHOQOL-BREF para valoración de la calidad de vida**

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas (15 días). Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

¿Obtiene de los otros el apoyo que necesita?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

¿Obtiene de los otros el apoyo que necesita?	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

Gracias por su ayuda.

1. ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?

Muy mala	Poca	Lo normal	Bastante Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

2. ¿Cuán satisfecho/a está con su salud?

Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas:

3. ¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4	5

4. ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4	5

**6. ¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?**

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4	5

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísima
1	2	3	4	5

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísima
1	2	3	4	5

9. ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Muchísimo
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán totalmente** usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué disponibilidad tiene de la información que necesita en su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?



Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente bien
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a **cuán satisfecho(a) o bien** se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Cuán satisfecho/a está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

17. ¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

18. ¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

19. ¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

20. ¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

21. ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

22. ¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?



Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

23. ¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

24. ¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

25. ¿Cuán satisfecho/a está con su transporte?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la **frecuencia** con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
1	2	3	4	5